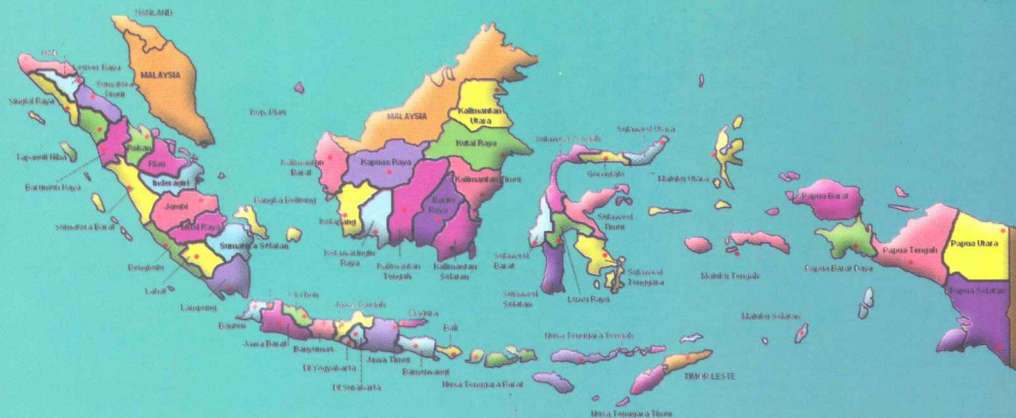




BUKU I

PEDOMAN UMUM

PENANGGULANGAN DAERAH BERMASALAH KESEHATAN (PDBK)



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

2011

BUKU I

PEDOMAN UMUM PENANGGULANGAN DAERAH BERMASALAH KESEHATAN KABUPATEN-KOTA

KATA PENGANTAR DAFTAR ISI

BAB I PENDAHULUAN

- A. LATAR BELAKANG
- B. TUJUAN
- C. SASARAN

BAB II DAERAH BERMASALAH KESEHATAN

- A. INDEKS PEMBANGUNAN KESEHATAN MASYARAKAT (IPKM)
- B. KRITERIA DAERAH BERMASALAH KESEHATAN (DBK)
- C. LOKASI DAERAH BERMASALAH KESEHATAN (DBK)

BAB III PENANGGULANGAN DBK

- A. PERENCANAAN
- B. PENGORGANISASIAN
- C. PELAKSANAAN
- D. MONITORING DAN EVALUASI

BAB IV INDIKATOR KEBERHASILAN PELAKSANAAN PDBK

BAB V: PENUTUP LAMPIRAN

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
JAKARTA 2010
DAFTAR ISI**

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukur yang mendalam kepada Allah Tuhan Yang Maha Esa akhirnya tersusun Buku-I Pedoman Umum Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan. Kepada para pihak yang telah berkerja keras sampai dengan terbitnya buku ini diucapkan terima kasih.

Setelah melalui proses panjang dan terus menerus buku ini dapat diterbitkan. Dari keinginan yang besar dan banyak, disertai bermacam pandangan dan berbagai peluang terobosan, akhirnya kita bersepakat bahwa Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan bukanlah penanganan yang sama sekali baru.

Jikapun ada yang baru adalah intensitasnya, bentuk penanganannya, pola hubungan antara pusat-propinsi-kabupaten/kota. Melalui Penanggulangan DBK ini dimantapkan wujud dari komitmen yang selama ini dinilai cukup, tetapi kini perlu ditingkatkan, yaitu bahwa pelayanan kepada masyarakat merupakan tanggung jawab bersama antara pusat-propinsi-kabupaten/kota, bahwa ujung tombak pelayanan harus lebih mendapatkan dukungan, bahwa setiap daerah memerlukan penanganan yang spesifik, dan bahwa keberhasilan suatu daerah membangun kesehatan bukan semata-mata karena tercukupinya tenaga, biaya, sarana dan prasarana tetapi juga kinerja manajemen yang dinamis, inovatif, kreatif, dan berkelanjutan.

Tidak sebagaimana Pedoman yang sering diterbitkan, pedoman ini tidak mendukung suatu kegiatan *proyek* atau kegiatan dengan dukungan *DIPA* atau *biaya khusus* dan *besar*, tetapi pedoman untuk memadukan berbagai komponen yang telah ada secara integratif tanpa sekat-sekat antar level/tingkat administrasi pemerintahan, antar program, antar struktur, dan antar sumber biaya. Agar dengan pedoman ini semua

sumber daya kesehatan dapat digerakkan mendorong dinamika sistem kesehatan secara keseluruhan dan menghasilkan manfaat sebesar-besarnya bagi masyarakat.

Semoga bermanfaat, selamat mengurai permasalahan dan hambatan, menyingkirkannya, dan mempercepat jalannya pencapaian Masyarakat Sehat Yang Mandiri dan Berkeadilan.

BAB I PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita Bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Kesatuan Republik Indonesia Tahun 1945. Sesuai dengan UU Kesehatan No. 36 Tahun 2009 pasal 4 dan 5 bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan, hak memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau serta setiap orang berhak secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya.

Kementerian Kesehatan mempunyai tugas menyelenggarakan urusan di bidang kesehatan dalam pemerintahan untuk membantu Presiden dalam menyelenggarakan pemerintahan negara. Dalam melaksanakan tugasnya itu Kementerian Kesehatan menyelenggarakan fungsi, antara lain : perumusan, penetapan, dan pelaksanaan kebijakan di bidang kesehatan, dan pelaksanaan bimbingan teknis dan supervisi atas pelaksanaan urusan Kementerian Kesehatan di Daerah, serta pelaksanaan kegiatan teknis yang berskala nasional.

Dalam menjalankan tugas dan fungsinya itu Kementerian Kesehatan telah melakukan berbagai upaya kesehatan melalui seluruh jajarannya bekerja sama dengan Pemerintahan Daerah dan dengan mendorong peran serta aktif masyarakat, termasuk organisasi profesi, organisasi kemasyarakatan, dan dunia usaha.

Dalam berbagai dokumen Perencanaan, antara lain yaitu Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional 2005-2025, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2010-2014, Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan 2005-2025, Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2010-2014; terutama dalam analisa situasi maupun kondisi umum yang menggambarkan kondisi saat ini di bidang kesehatan, telah diuraikan keberhasilan-keberhasilan pembangunan kesehatan yang telah dicapai.

Namun dalam uraian tersebut juga dikemukakan adanya kesenjangan capaian indikator-indikator pembangunan kesehatan antar daerah. Kesenjangan tersebut dibuktikan melalui suatu Riset Kesehatan Dasar yang diselenggarakan pada tahun 2007. Riset berbasis komunitas ini dengan kajiannya telah menetapkan 24 indikator yang disajikan menjadi suatu indeks yang pertama kali dapat menggambarkan tingkat kesehatan masyarakat setiap kabupaten/kota di Indonesia. Indeks dimaksud adalah Indek Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) yang erat hubungannya untuk menilai umur harapan hidup khususnya wilayah kabupaten/kota.

Dengan IPKM diketahui bahwa kesenjangan terjadi bukan saja antara Daerah Indonesia Bagian Barat dengan Daerah Indonesia Bagian Timur, antara Daerah di Jawa dengan Daerah di Luar Jawa, antara Daerah Kaya dengan Daerah Miskin, Daerah yang memiliki Tenaga Kesehatan yang Cukup dengan Daerah yang memiliki Tenaga Kesehatan terbatas. Kesenjangan juga terjadi di Daerah sesama Jawa, sesama Bagian Timur Indonesia atau sesama Bagian Barat Indonesia, sesama Daerah Kaya, sesama Daerah Miskin, sesama Daerah yang memiliki Tenaga Kesehatan relatif baik; bahkan dengan kabupaten/kota yang berdekatan.

Kondisi demikian memberikan keyakinan kepada Kementerian Kesehatan bahwa terdapat faktor-faktor tertentu yang juga

berpengaruh besar terhadap tinggi rendahnya derajat kesehatan di luar faktor-faktor ketenagaan, biaya, teknologi, geografi, dan sarana prasarana yang selama ini memperoleh perhatian yang lebih besar, dari berbagai pihak.

Tidak semua Daerah yang memiliki IPKM rendah, secara ekonomi juga miskin. Di antara Daerah dengan IPKM yang rendah terdapat Daerah yang secara ekonomi tidak miskin. Diperlukan upaya khusus atas Daerah yang Miskin dengan IPKM yang rendah.

Terhadap Daerah yang demikian itulah Kementerian Kesehatan menetapkan sebagai Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK). Terdapat 10 Propinsi dimana lebih dari 50% dari jumlah kabupaten/kotanya masuk dalam kriteria IPKM yang perlu menjadi daerah prioritas. Propinsi inilah yang kemudian ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan sebagai daerah Prioritas perhatian. Tanpa perhatian yang lebih dibandingkan kepada Daerah yang lain, maka nuansa *berkeadilan* dari Visi "Masyarakat Sehat Yang Mandiri dan Berkeadilan dari Kementerian Kesehatan", sulit diwujudkan.

Dengan memberikan perhatian yang lebih tersebut diharapkan terjadi peningkatan nilai IPKM di Daerah Bermasalah Kesehatan dalam kurun waktu yang telah disepakati, setidaknya diharapkan dapat terjadi peningkatan yang bermakna atas derajat kesehatan masyarakat Indonesia secara keseluruhan dengan kesenjangan antar Daerah yang semakin kecil.

Kepada Propinsi tersebut disediakan Tim Pendamping yang bertugas menjembatani Daerah dengan berbagai pihak di Pusat maupun di Daerah, bahkan dengan lingkungan internal Daerah sendiri, atau dengan masyarakatnya; agar dengan pendampingan tersebut kinerja sistem kesehatan DBK pada Propinsi tersebut bangkit semakin dinamis

mendorong terlaksananya seluruh pendukung sistem kesehatan dalam melayani masyarakatnya. Upaya ini adalah bagian dari upaya *Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (P-DBK)*.

Keberhasilan pendampingan tersebut sangat diharapkan, dengan menghindarkan terjadinya ketergantungan DBK terhadap pendampingan, dan pada saatnya akan mempengaruhi kinerja Daerah lain di luar Propinsi tersebut. Apalagi Kementerian Kesehatan tidak akan mengurangi perhatiannya bagi Daerah lain yang telah semakin giat melakukan pembangunan kesehatan.

P-DBK diharapkan melengkapi upaya Kementerian Kesehatan yang selama ini telah memberikan dukungan bagi Daerah dalam mengelola Urusan Kesehatan yang menjadi kewenangannya, antara lain melalui : Bantuan Operasional Puskesmas (BOK), Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), dan Jaminan Persalinan (Jampersal), disamping Dana Dekonsentrasi, Dana Tugas Pembantuan, atau dukungan lain berupa tenaga maupun sarana dan prasarana.

P-DBK telah menjadi salah satu upaya reformatif dan akseleratif dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2010-2014, di samping upaya reformatif dan akseleratif lainnya.

P-DBK terutama diarahkan kepada upaya membantu Daerah mengurai/menghilangkan setiap penyulit untuk meningkatkan kegiatan-kegiatan pelayanan inovatif yang mampu mendorong peningkatan setiap indikator IPKM, dengan memprioritaskan pencapaian indikator yang mempunyai bobot besar bagi peningkatan derajat kesehatan melalui semakin membaiknya nilai IPKM. Dengan memprioritaskan pencapaian indikator yang mempunyai bobot besar bagi peningkatan nilai IPKM maka semakin besar bobot pengaruhnya terhadap peningkatan Usia Harapan Hidup (UHH) sebagai salah satu pilar dari 3 (tiga) pilar pembentuk Indeks Pembangunan Manusia (HDI-Human

Development Index), disamping Indeks Pendidikan dan Indeks Kemampuan Ekonomi.

Pelaksanaan P-DBK dipantau secara terus menerus dengan prosedur penelitian operasional dengan harapan diperoleh pola/model yang relatif *reliable* untuk dapat direplikasikan bagi daerah lain, atau dengan modifikasi yang sangat terbatas.

B. TUJUAN

1. Tujuan Umum:

Mempercepat peningkatan IPKM di kabupaten/ kota DBK sehingga terjadi percepatan peningkatan derajat kesehatan yang ditunjukkan dengan percepatan peningkatan IPKM secara nasional dan makin menipisnya kesenjangan antar Daerah.

2. Tujuan Khusus

- a. Terbentuknya tim pendamping di setiap level administrasi pemerintahan (pusat, provinsi, kabupaten/ kota);
- b. Terlaksananya langkah-langkah P-DBK;
- c. Meningkatnya kinerja sistem kesehatan DBK yang ditandai dengan percepatan peningkatan nilai IPKM;
- d. Diperolehnya model pendampingan terhadap suatu Daerah dan model pemecahan masalah yang spesifik daerah untuk peningkatan IPKM, yang dapat direplikasikan kepada Daerah lain.

C. SASARAN

1. Kabupaten/Kota Daerah Bermasalah Kesehatan pada 8 (delapan) Propinsi dengan jumlah kabupaten/kota DBK lebih dari 50 %.

2. Bagaimana dan dengan para pemangku kepentingan mana di semua tingkat administrasi pemerintahan DBK tersebut bekerjasama, disitulah sasaran pendampingan.
3. Pendampingan dilakukan oleh Tim Pendamping yang terdiri dari unsur pusat (Kemenkes), propinsi (Dinas Kesehatan Propinsi), maupun kabupaten/kota (Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota) yang saling menguatkan untuk mendampingi kinerja sistem kesehatan dalam struktur dan tugas-fungsinya di DBK sebagaimana diatur dalam ketentuan yang berlaku.

BAB II

DAERAH BERMASALAH KESEHATAN

A. INDEKS PEMBANGUNAN KESEHATAN MASYARAKAT (IPKM)

1. Salah satu ukuran yang sering digunakan untuk membandingkan keberhasilan pembangunan sumber daya manusia antar negara adalah Indeks Pembangunan Manusia (IPM-*HDI/Human Development Index*). Indeks ini merupakan indikator komposit yang terdiri dari indikator: (i) Kesehatan (umur harapan hidup waktu lahir); (ii) Pendidikan (angka melek huruf dan angka partisipasi sekolah); serta (iii) Ekonomi (pengeluaran riil per kapita).
2. Selama ini IPM Indonesia selalu menempati peringkat di atas 100, tertinggal dibanding beberapa negara tetangga di kawasan ASEAN dan Australia;
3. Bappenas, BPS, dan UNDP secara berkala juga menerbitkan IPM menurut *Propinsi* di Indonesia, yang sejak 2004 sampai dengan 2007 terus meningkat secara rerata Indonesia, dimana Propinsi DKI Jakarta selalu menempati urutan tertinggi; sedangkan urutan terendah adalah NTB pada tahun 2004 yang kemudian digantikan oleh Papua secara berturut-turut sejak 2005-2007 meskipun Indeksnya terus meningkat.
4. Urutan juga dibuat menurut *Kabupaten/kota*.
5. Di Indonesia, IPM juga sudah dipakai sebagai acuan untuk menilai keberhasilan pembangunan. Oleh karena itu Daerah telah menjadikan kesehatan, pendidikan, dan ekonomi sebagai pilar pembangunan; dan menjadikannya prioritas pembangunan daerah, sebagai upaya meningkatkan nilai IPM, kemudian melakukan akselerasi pembangunan atas tiga urusan itu untuk mengungkit Rangka IPM.
6. Untuk bidang kesehatan, indikator yang mewakili dalam IPM adalah *umur harapan hidup waktu lahir*.
7. Bagi sebagian besar tenaga kesehatan, bahkan sebagian besar masyarakat agak sulit menghubungkan antara aktivitas pelayanan kesehatan dengan meningkatnya umur harapan hidup; demikian halnya kesulitan dirasakan untuk memilih kegiatan yang paling berdampak bagi peningkatan umur harapan hidup. Oleh karena itu diperlukan serangkaian indikator kesehatan lain yang diperkirakan dapat menjadi proksi untuk menilai terjadinya peningkatan umur harapan hidup waktu lahir. Indikator tersebut dinilai dapat membantu jajaran kesehatan untuk menentukan jenis-jenis kegiatan untuk mewujudkannya. Inilah salah satu alasan dimunculkannya Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM).
8. IPKM (Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat) adalah indikator komposit yang menggambarkan kemajuan pembangunan kesehatan, dirumuskan dari data kesehatan berbasis komunitas yaitu:

- a. Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar)
- b. Susenas (Survei Ekonomi Nasional)
- c. Survei Podes (Potensi Desa)

IPKM merupakan indeks komposit yang dirumuskan dari 24 indikator kesehatan yang dikumpulkan dari ketiga survei tersebut.

9. Dua puluh empat (24) indikator kesehatan terpilih yang berasal dari Riskesdas, Susenas dan Podes tersebut berdasarkan kesepakatan para pakar diberikan bobot tertentu sesuai dengan kriteria: (i) Mutlak; (ii) Penting; serta (iii) Perlu. Indikator MUTLAK mempunyai bobot 5 (11 indikator), indikator PENTING mempunyai bobot 4 (5 indikator) dan indikator PERLU mempunyai bobot 3 (8 indikator), sebagai berikut :

Bobot/Arti	Indikator
5 → Mutlak	1. Prevalensi balita gizi buruk dan kurang
	2. Prevalensi balita pendek dan sangat pendek
	3. Prevalensi balita kurus dan sangat kurus
	4. Proporsi rumah tangga dengan akses air bagus
	5. Proporsi rumah tangga dengan akses sanitasi bagus
	6. Proporsi penimbangan balita yang rutin
	7. Cakupan kunjungan neonatus I
	8. Cakupan imunisasi lengkap
	9. Rasio dokter terhadap puskesmas
	10. Rasio bidan terhadap desa
	11. Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan
4 → Penting	12. Prevalensi balita gemuk
	13. Prevalensi penyakit diare
	14. Prevalensi penyakit hipertensi
	15. Prevalensi penyakit pneumonia
	16. Proporsi cuci tangan dengan benar
3 → Perlu	17. Prevalensi gangguan mental emosional
	18. Prevalensi merokok
	19. Prevalensi penyakit gigi dan mulut
	20. Prevalensi penyakit asma
	21. Prevalensi disabilitas (bermasalah dan sangat bermasalah)
	22. Prevalensi cedera
	23. Prevalensi penyakit sendi
	24. Prevalensi penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Akut

10. Dengan indikator tersebut, maka setiap Kabupaten/Kota memiliki nilai Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat, dimana nilai 0 (nol) adalah Nilai Terburuk, dan nilai 1 (satu) adalah Nilai Terbaik. Berdasarkan nilai tersebut maka tersusun Ranking IPKM Kabupaten/Kota; dengan Rerata Nasional adalah 0,508629 dan

simpang baku sebesar 0,092642. IPKM Terendah adalah 0,247059 (Kabupaten Pegunungan Bintang, Propinsi Papua), dan tertinggi adalah 0,708959 (Kota Magelang, Provinsi Jawa Tengah).

11. Mengingat rerata IPKM Kabupaten dan IPKM Kota berbeda secara bermakna, maka analisis untuk menentukan model intervensi perlu dipisahkan antara analisis untuk kabupaten dan analisis untuk kota. Perbedaan rerata IPKM Kabupaten dan IPKM Kota adalah sebagai berikut :

Sebaran	Rerata IPKM		
	Kabupaten + Kota	Kabupaten	Kota
Rerata IPKM	0,508629	0,482541	0,608678
Simpang Baku	0,092642	0,083391	0,047058
Nilai IPKM terendah	0,247059	0,247059	0,467303
Nilai IPKM tertinggi	0,708959	0,706451	0,708959

Kondisi ini pula yang menjadi acuan dalam menetapkan Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK).

B. KRITERIA DBK

1. Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK) adalah kabupaten atau kota yang mempunyai nilai IPKM **di antara rerata sampai dengan – 1 (minus satu) simpang baku, dan mempunyai nilai kemiskinan (Pendataan Status Ekonomi/PSE) di atas rerata** (masing-masing untuk kelompok kabupaten dan kelompok kota).
2. Daerah Bermasalah Kesehatan Berat (DBK-B) adalah kabupaten atau kota yang mempunyai nilai IPKM **lebih rendah dari rerata IPKM – 1 (minus satu) simpang baku.**
3. Daerah Bermasalah Kesehatan Khusus (DBK-K) adalah kabupaten atau kota yang mempunyai **masalah khusus**, seperti misalnya yang terkait dengan:
 - a. *Geografi*, yaitu daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan.
 - b. *Sosial budaya*, yaitu tradisi atau adat kebiasaan yang mempunyai dampak buruk terhadap kesehatan. Misalnya tradisi *sei* untuk bayi baru lahir di Kabupaten Timor Tengah Selatan, tradisi *sifon* di NTT, dll. Data selengkapnya baru didapat tahun 2012 setelah selesai dilakukan *riset khusus*, yaitu *pemetaan nasional kultur budaya lokal yang berdampak pada kesehatan*.
 - c. *Penyakit tertentu* yang spesifik di daerah tersebut, misalnya *Fasciolopsis buski* di Kabupaten Hulu Sungai Utara Provinsi

Kalimantan Selatan, *Schistosomiasis* di sekitar Danau Lindu
Provinsi Sulawesi Tengah, dll.

Secara statistik ringkas DBK dapat digambarkan sebagai berikut;

Uraian		Kemiskinan </= Rerata	Kemiskinan > Rerata	Total
Kabupaten		< 21,01	> 21,01	
IPKM > Rerata	> 0,482541	108	57	165
IPKM </= Rerata	</= 0,482541	75	57	132
IPKM < (Rerata - 1SD)	< 0.399150	12	40	52
Subtotal Kabupaten		195	154	349
Kota		</= 8,66	> 8,66	
IPKM > Rerata	> 0,608678	26	22	48
IPKM </= Rerata	</= 0,608678	22	6	28
IPKM < (Rerata - 1SD)	0.561620	4	11	15
Subtotal Kota		52	39	91
Total (Kabupaten+Kota)		247	193	440

C. LOKASI DBK

Dari hasil penyusunan IPKM tersebut, distribusi DBK dapat dijelaskan dalam tabel sebagai berikut;

Kategorisasi	Jumlah
1. Kabupaten bermasalah kesehatan berat dan miskin	40
2. Kabupaten bermasalah kesehatan berat tapi non-miskin	12
3. Kabupaten bermasalah kesehatan	57
Jumlah Kabupaten	109
1. Kota bermasalah kesehatan berat dan miskin	11
2. Kota bermasalah kesehatan berat tapi non-miskin	4
3. Kota bermasalah kesehatan	6
Jumlah Kota	21
Jumlah Kabupaten + Kota Bermasalah Kesehatan	130

BAB III

PENANGGULANGAN DAERAH BERMASALAH KESEHATAN

1. Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (P-DBK) adalah upaya kesehatan **terfokus, terintegrasi, berbasis bukti**, dilakukan **secara bertahap** di daerah yang menjadi prioritas bersama kementerian terkait, dalam **jangka waktu tertentu**, sampai **mampu mandiri** dalam menyelenggarakan kewenangan pemerintahan di **bidang (urusan wajib) kesehatan seluas-luasnya**.
2. *Terfokus* – sesuai upaya kesehatan prioritas Kabinet Indonesia Bersatu – II; *Terintegrasi* - dalam perencanaan, penganggaran, dan penerapan; *Berbasis evidence* - sesuai hasil Riskesdas, Podes, PSE; *Bertahap* - dimulai kabupaten/kota dengan IPKM rendah dan Angka Kemiskinan Tinggi, dimulai dari Propinsi dengan lebih dari 50 % Kabupaten/Kota sebagai DBK; *Dalam jangka waktu tertentu* – tidak selamanya, sesuai tingkatan bermasalahnya; sesuai azas stewardship, concurrent; *Mampu mandiri* - dalam konteks kelembagaan, ketatalaksanaan, SDM; *Kewenangan seluas-luasnya* – sesuai azas desentralisasi.

3. *Tahapan* – untuk tahap awal Pendampingan -DBK diprioritaskan pada 8 (delapan) Propinsi yang memiliki lebih dari 50 % Kabupaten/Kota dengan Kriteria DBK/DBK-B/DBK-K, yaitu : Aceh, Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Tengah, Gorontalo, Sulawesi Barat, Maluku, Papua Barat, dan Papua (Dua provinsi terakhir inilah yang penanganannya di bawah koordinasi Bappenas); kabupaten memperoleh perhatian lebih dibandingkan dengan kota; dan kabupaten baru hasil pemekaran kabupaten DBK (setelah tahun 2007) memperoleh prioritas yang sama.

PENDAMPINGAN

1. Kepada 8 (delapan) Propinsi tersebut dilakukan pendampingan oleh para pendamping yang ditugaskan oleh Menteri Kesehatan. Satu Propinsi Satu Tim Pendamping yang penugasannya ke masing-masing kabupaten Daerah Bermasalah Kesehatan disepakati oleh Tim; dan pada setiap kabupaten DBK dipantau oleh satu atau dua orang peneliti yang akan melakukan pengamatan, pencatatan, analisis, kesimpulan, rekomendasi atas jalannya pendampingan, termasuk perkembangan perilaku para pihak pada kabupaten DBK sebagai hasil interaksi dengan para Pendamping. Dengan pengamatan oleh para peneliti tersebut diharapkan

diperoleh formulasi-formulasi pola pendampingan yang dapat direplikasikan kepada Daerah lain.

2. Penanggulangan DBK merupakan tantangan khusus yang memerlukan langkah dan strategi yang sangat khusus. Pendampingan merupakan inti dari P-DBK. Dengan pendampingan yang baik maka DBK akan mampu mengidentifikasi permasalahan-permasalahannya, mengurai dan mengatasinya dengan pelaksanaan kegiatan yang kreatif inovatif atau terobosan dengan menggerakkan ujung tombak pelayanan kesehatan, terutama dalam menjalankan kegiatan yang keberhasilannya memiliki bobot tinggi bagi peningkatan IPKM;
3. Pendampingan dilakukan terhadap seluruh proses pada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota DBK, yaitu : mulai dari Perencanaan Program dan Kegiatan, serta Penganggaran; Penggerakan Pelaksanaan; Monitoring Evaluasi; serta Pelaporan;

PERENCANAAN

1. Perencanaan dan Penganggaran; biasanya Daerah melakukan perencanaan dengan mereplikasi perencanaan tahun sebelumnya dengan sedikit *editing*, tanpa melakukan analisis yang komprehensif atas data dan informasi yang seringkali banyak

tersedia, baik sebagai hasil pendataan petugas, pencatatan para kader, atau bahkan hasil survei. Hal semacam ini seringkali juga dipengaruhi oleh iklim dalam sistem perencanaan Daerah;

2. Perencanaan pada tingkat Kabupaten/Kota harus mengacu kepada Pedoman Perencanaan dan arah kebijakan yang ditetapkan dalam dokumen-dokumen perencanaan pada tingkat Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota, Pemerintahan Daerah Propinsi, Kementerian Kesehatan, Kementerian Dalam Negeri, dan Kementerian Keuangan; atau Perencanaan dalam kurun waktu lima tahunan (RPJMN-Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional, dan RPJMD-Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah). Dalam pedoman seringkali diatur tentang prosedur, waktu, dokumen pendukung, harga satuan (umum dan khusus), dan lain-lain. Ketentuan ini harus diikuti, tetapi juga harus mampu melakukan terobosan / inovasi kreatif dalam kerangka yang masih dibenarkan oleh ketentuan yang berlaku, terobosan ini dapat saja tidak menguntungkan bagi aparat Kantor Dinas Kesehatan Kabupaten tetapi menguntungkan masyarakat karena terobosan itu adalah lebih memberikan *support* bagi para pemberi layanan di ujung tombak pelayanan, seperti Bidan Desa, Kader Kesehatan, Operasional Posyandu. Seringkali terdapat keengganan untuk

berkreasi, disinilah *fungsi penting* pendamping melakukan pendampingan, dimana seringkali pihak luar atau pusat dinilai lebih dapat memberikan sudut pandang yang berbeda, apakah aspek luasnya pandangan secara nasional atau dengan memberikan padanan terjadinya keberhasilan Daerah lain.

3. Dalam perencanaan harus dilakukan pemilihan atas kegiatan yang memiliki kaitan langsung dengan 24 indikator IPKM, diupayakan memilih kegiatan yang inovatif, terobosan, dan spesifik daerah. Untuk memperoleh jenis kegiatan demikian, maka proses perencanaan harus melibatkan seluruh unsur kesehatan di DBK mulai dari Bidan Desa, atau termasuk Kader Kesehatan, hingga pejabat struktural pada Dinas Kesehatan, masing-masing secara terbuka menyampaikan ide-ide mengatasi berbagai masalah berdasarkan pengalaman dan kondisi masing-masing. Informasi yang diperoleh akan sangat bervariasi, bahkan antar Desa juga bervariasi. Disini pendamping dapat membantu menelisik adanya berbagai pengalaman sukses atau gagal dari Daerah lain;
4. Perencanaan di sini dapat juga dimaksudkan adalah Perencanaan Pendampingan. Seorang atau Tim Pendamping tidak akan dapat melakukan pendampingan yang efektif dan efisien tanpa melakukan perencanaan yang baik. Baik karena substansinya

maupun karena prosedur/cara/mechanismenya. Pendamping harus memiliki informasi rinci tentang DBK yang didampinginya, antara lain : dokumen-dokumen perencanaan yang menjadi acuan DBK, indikator-indikator yang harus dicapai menurut dokumen perencanaan tersebut, pencapaian-pencapaian hingga saat ini, unggulan maupun kelemahan DBK, faktor poleksosbud spesifik daerah yang dominan bagi kelancaran pendampingan maupun pelaksanaan program, dan lain-lain termasuk kaitan Daerah yang bersangkutan dengan rencana pelaksanaan kegiatan Kantor Pusat Kementerian Kesehatan. Jangan sampai Pendamping tidak mengetahui adanya rencana pusat atas DBK yang bersangkutan. Untuk memperoleh semua informasi tersebut Pendamping Pusat harus bekerja sama dengan Pendamping Daerah (Propinsi maupun Kabupaten/Kota). Iklim kerja sama antara Pendamping Pusat dan Pendamping Daerah sangat mempengaruhi kelancaran dan keberhasilan pendampingan. Dalam tahap perencanaan ini juga harus disepakati Rencana Pelaksanaan Pendampingan, yang akan dijadikan sebagai acuan oleh Tim Pendamping Pusat, Propinsi, dan Kabupaten/Kota. Meskipun tidak terjadi pertemuan antar Pendamping secara fisik, tetapi setiap gerak pendampingannya ditautkan dengan adanya Rencana Pelaksanaan tersebut.

PENGANGGARAN

1. Pendamping juga harus mendapatkan informasi tentang pembiayaan bagi DBK yang berangkutan, dari sumber mana saja untuk mendukung kegiatan apa saja, dan bagaimana prosedurnya. Seringkali setiap sumber anggaran memiliki ketentuan tersendiri. Dalam rangka pendampingan ini tidak tersedia dukungan anggaran khusus dalam jumlah besar, tetapi pendampingan dalam hal penganggaran adalah membantu Daerah memanfaatkan/mengelola dengan baik sesuai dengan ketentuan pengelolaan Dana Pusat yang dipergunakan di Daerah, atau melakukan koordinasi kegiatan-kegiatan dari pusat yang mengikutsertakan unsur Daerah itu, atau dilaksanakan di Daerah itu, dan lain-lain; termasuk mencermati terbukanya peluang memanfaatkan dana dari sumber-sumber dan program unggulan kementerian/lembaga lain di Daerah tersebut, seperti PNPM-mandiri yang pelaksanaannya sedang giat-giatnya di seluruh Daerah.
2. Selama ini Dana diluncurkan oleh Pusat tanpa disertai Pendampingan, meskipun sudah disertai Pedoman Pelaksanaan seringkali tidak cukup jelas dan Daerah tidak cukup waktu untuk mengatasi kesenjangan informasi ini bahkan tidak cukup waktu untuk mengikuti pedoman secara teknis, yang bisa jadi maksud

peluncuran Dana tersebut tidak tercapai karena tidak mampu mengungkit kinerja sistem kesehatan Daerah secara bermakna;

PENGERAKAN PELAKSANAAN

Penggerakan Pelaksanaan, dapat bermakna ganda juga; penggerakan Pendampingan dan penggerakan pelaksanaan rencana-rencana yang sudah disusun dalam tahap perencanaan. Penggerakan pendampingan selalu didahului dengan saling melengkapi informasi mutakhir antar Pendamping, baru kemudian Pendamping terlibat dalam proses normal pemangku jabatan masing-masing menjalankan tugas fungsinya. Pendamping terlibat dalam proses Penggerakan Pelaksanaan Program dan Kegiatan sebatas memastikan apakah rencana dilaksanakan, apakah secara teknis benar, apakah dilakukan pencatatan dengan baik, dan lain sebagainya.

MONITORING DAN EVALUASI

1. Monitoring dan Evaluasi. Antar Pendamping harus memantau apakah para pemangku jabatan yang telah sepakat dengan rencana program dilaksanakan dengan baik, jika diperlukan peranan Pendamping dalam hal apa dan bagaimana melakukan pendampingan tersebut.

2. Tim Pendamping akan disertai alat pemantau, baik tentang efektivitas pendampingan maupun pelaksanaan intervensi kesehatan oleh para pemangku jabatan.
3. Pemantauan itu sekaligus sebagai prosedur penelitian, agar diperoleh pola pendampingan maupun pola intervensi kesehatan yang efektif dan efisien sehingga dapat dipergunakan pola itu oleh kabupaten/kota/propinsi lainnya;
4. Evaluasi dilakukan secara periodik, disaat rencana sedang dilakukan maupun pada akhir periode. Evaluasi dengan membandingkan antara yang terjadi dan tercapai dengan Rencana pelaksanaan Kegiatan.

PENGORGANISASIAN

1. Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan dikelola sbb :
 - a. Secara Nasional terdapat *Tim Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan*, internal Kementerian Kesehatan, mengikutsertakan sebanyak-banyaknya Eselon-I dan Eselon II serta petugas lain yang ditunjuk. Tim terdiri dari : *Pengarah* yaitu para Dirjen/Irjen/Sesjen/Kepala Badan; *Koordinator P-DBK* adalah SAM Perlindungan Faktor Resiko Kesehatan; dan *Ketua P-DBK* adalah Kepala Badan Litbangkes, serta *Sekretaris*

P-DBK adalah satu Eselon 2 di Balitbangkes; dan *Kelompok Pendamping*, yang diketuai oleh Salah Seorang Eselon-II yang ditunjuk, serta *Sekretariat P-DBK*.

- b. Kelompok Pendamping ini adalah Pejabat Struktural Eselon 2, Petugas yang diberi tugas sebagai Pendamping, dan Staf Teknis yang diberi tugas sebagai Pendamping.
 - c. Dalam Kelompok Pendamping ini pula bergabung Pendamping Propinsi, dan Pendamping Kabupaten/Kota masing-masing dua orang.
 - d. Pendamping Daerah inilah yang di daerahnya selain sebagai Pendamping juga sekaligus sebagai Ketua Sekretariat Penanggulangan DBK, dibantu beberapa staf administrasi yang ditunjuk oleh Ketua Sekretariat atau Kepala Dinas Kesehatan. Di Daerah hanya ada Sekretariat P-DBK yang ketuanya sekaligus Pendamping Daerah.
 - e. Sekretariat P-DBK berkantor di Badan Litbangkes.
2. Dalam hal suatu Daerah Bermasalah Kesehatan menghendaki Adanya Tim Lengkap P-DBK sebagaimana Tim Pusat, maka harus dilakukan kajian bersama, apakah akan lebih besar manfaatnya atau lebih besar mudharatnya. Termasuk keinginan

mengikutsertakan jajaran Pemerintahan Daerah ke dalam Tim Pengelola PDBK Daerah.

3. Berdasarkan pengalaman, membentuk Tim Besar seperti ini membutuhkan biaya besar, tidak mudah mengerakkannya, sehingga seringkali kurang lincah. Jikapun bermaksud membentuk kelompok pejabat penentu kebijakan di Daerah, termasuk kebijakan penganggaran agar memberikan dukungan secara memadai biaya P-DBK, kiranya dilakukan kajian yang agak serius.

BAB IV

INDIKATOR KEBERHASILAN PELAKSANAAN PDBK

Indikator keberhasilan P-DBK mencakup dua hal besar : yaitu terwujudnya Tujuan Khusus, dan suksesnya Pendampingan yang harus dilihat dari aspek input-proses-output.

Sebagaimana Tujuan Khusus, maka indikator P-DBK adalah :

- a. Terbentuknya tim pendamping di setiap level administrasi pemerintahan (pusat, provinsi, kabupaten/ kota);
- b. Terlaksananya langkah-langkah P-DBK;
- c. Meningkatnya kinerja sistem kesehatan DBK yang ditandai dengan percepatan peningkatan IPKM;
- d. Diperolehnya model pendampingan terhadap suatu Daerah dan model pemecahan masalah yang spesifik daerah untuk peningkatan IPKM, yang dapat direplikasikan kepada Daerah lain.

Sedangkan Indikator keberhasilan Pendampingan adalah :

KOMPONEN SISTEM	INDIKATOR	PENDAMPING		
		PUSAT	PROPINSI	DBK
Input	Tersusunnya pedoman Pendamping			
	Rekrutment Pendamping DBK			
	Pelatihan Pendamping			
Proses	Pendampingan dalam merumuskan model P-DBK			
	Tersusunnya integrated planing dari Model P-DBK			
	Diperolehnya komitmen & konsensus			
	Penerapan Model P-DBK			
	Monitoring pelaksanaan P-DBK			
	Asistensi antar Pendamping			
Output	Review Model P-DBK			
	Pemetaan Berbagai Model P-DBK			
	Sharing best practices			
Outcome	Perbaikan IPKM			

BAB V

PENUTUP

Demikianlah telah dapat disusun Pedoman Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan secara umum, sebagai informasi umum atas pelaksanaan kebijakan dari salah satu fokus pembangunan Kementerian Kesehatan itu.

Dengan Pedoman ini telah dapat disampaikan latar belakang mengapa dilakukan upaya terobosan melakukan Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan, bagaimana menetapkan Daerah Bermasalah Kesehatan, bagaimana melakukan pendampingan terhadap Daerah Bermasalah Kesehatan sebagai suatu pendekatan untuk meningkatkan kinerja sistem kesehatan daerah secara lebih baik agar Daerah tersebut dapat mengejar ketertinggalannya dan indeks pembangunan kesehatan masyarakat secara keseluruhan meningkat secara bermakna.

Dalam pelaksanaannya pedoman ini didampingi dengan Pedoman Bagi Pendamping Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan agar siapa saja yang terlibat aktif dalam proses pendampingan tersebut memperoleh panduan yang memadai, bahkan karena banyaknya jenis intervensi kesehatan suatu Daerah maka dalam melaksanakan tugasnya Pendamping haruslah memiliki dan menguasai berbagai Pedoman Teknis Program.

Semoga semua upaya ini memperoleh ridhloNya mencapai tujuan menyiapkan terwujudnya Masyarakat Sehat Yang Mandiri dan Berkeadilan di seluruh wilayah Negera Kesatuan Republik Indonesia.